Nr 27. Kraków, 12. lipca 1919. Rok LVIII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— półrocznie 30·—, kwartalnie K ·15—.

Jeden numer osobno kosztuje 1·20 K.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Do tego Nru załącza się Dra T. Gabryszewskiego „ABC walki z gruźlicą“.

Rok LVIII Kraków, 12. lipca 1919 Nr. 27.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B) krajowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Spostrzeżenia nad epidemią grypy hiszpańskiej

napisał

Prym. **Dr Antoni Krokiewicz.**

Pierwsze przypadki gorączki hiszpańskiej zauważono na oddziale w sierpniu r. 1918; były one nieliczne i o łagodnym przebiegu. Dopiero od września gorączka hiszpańska przybrała charakter epidemiczny, złośliwy, częstokroć śmiertelny i utrzymywała się przez wrzesień, październik, listopad, grudzień. Ogólna liczba chorych, leczonych na oddziale na gorączkę hiszpańską, wynosiła w tych miesiącach 320 (98 m. 222 k.), przyczem najwięcej chorych przypadało na październik t. j. 45·3% (145), mniej na listopad (70) t. j. 21·9%, a we wrześniu i grudniu t. j. w czasie wzmagania się i słabnięcia epidemii ilość chorych była znacznie mniejsza i wynosiła ten sam prawie odsetek, bo 16·5—16·2% (53—52 chorych). Wynika z tego, iż największe nasilenie epidemii przypadało na październik, poczem epidemia się zmniejszała — i to względnie odpowiednio w tym stopniu, jak z początku wzrastała.

Na ogólną liczbę 320 chorych zmarło z powodu gorączki hiszpańskiej 77 (34 m. 43 k.), t. j. 24·06%; wyzdrowiało 243 (64 m. 179 k.), t. j. 75%. Największa śmiertelność przypadała na październik, bo odsetek zmarłych wynosił 54·5% (42 chorych), co odpowiadało też największemu nasileniu epidemii. We wrześniu, t. j. w okresie wzmagania się epidemii grypy hiszpańskiej, śmiertelność wynosiła 23·3% (18 chorych), w listopadzie 12·9% (10 chorych), a w grudniu 9·09% (7 chorych). Znacznie mniejszą śmiertelność w listopadzie i grudniu odnoszę w części do słabnięcia nasilenia epidemii, głównie jednak do sposobu leczenia, który naówczas na oddziale stosowano.

Według wieku było chorych 27·8% od 12—20 lat; 49·06% od 20—40 lat; 18·1% od 40—60 lat; 5% od 60—79 lat. Najmłodszy liczył 12 lat, a najstarszy 79 lat. Największy odsetek chorych przypadał na wiek od 20—40 lat i dość duży na wiek od 12—20 lat; natomiast powyżej lat 40 liczba przypadków była znacznie mniejsza, a już mały odsetek przypadał powyżej 60 lat. Toż samo uwydatnia się ze względu na śmiertelność, bo w wieku od 20—40 lat zmarło 48% chorych; w wieku od 12—20 lat 20·8%; w wieku od 40—60 lat 18·1%, a w wieku od 60—79 lat 11·6%.

Chorzy na gorączkę hiszpańską należeli w 34·4% do stanu służebniczego; w 31% do wyrobniczego; w 13·1% do rolniczego; w 5·3% do zawodu pielęgniarek; w 3·4% do stanu kupieckiego; w 2·8% do urzędniczego; w 2·7% do nauczycielskiego; w 1·8% do uczącej się młodzieży, a w kilku przypadkach do zawodu duchownego, artystycznego i właścicieli realności.

Gorączka hiszpańska rozpoczynała się zazwyczaj ostro. W 92·5% zauważono wysoką gorączkę (39° C.), dreszcze, nieznaczny ból gardła, silny ból głowy i mięśni w zakresie tułowia i kończyn, katar nosa i górnych dróg oddechowych, suchy kaszel, ogólne osłabienie, — a prócz tego w 40% kłucie w bokach; w 5·6% krwioplucie; w 5·5% silny krwotok nosowy; w 20% mdłości i wymioty. Zaparcie stolca stanowiło stały objaw z początku choroby; zaledwie w 4·3% stwierdzono znaczniejsze rozwolnienie, a w 1·2% nawet rozwolnienie przemijająco krwawe. Wszyscy chorzy okazywali niezależnie od wysokości gorączki w różnym stopniu zaczerwienienie skóry i odurzenie, a w 11·7% w samym początku choroby objawy silnego podrażnienia ośrodków mózgowych, ujawniające się utratą przytomności, zrywaniem się i uciekaniem z łóżka, sztywnością karku i objawem Kerniga. Chorzy w przeważnej liczbie przybywali do szpitala w 5—6. dniu choroby; rzadko w 2. dniu; dość często w 2. i 3. tygodniu. W czasie pobytu szpitalnego sprawa chorobowa albo rychło się przełamywała (12·5%) lub też okazywała powikłania w narządach wewnętrznych. W szpitalu pozostawali chorzy w leczeniu od 30—80 dni; przeważnie 16—21 dni (5 razy od 35—45 dni, raz 64, 70, 80 dni), przyczem okres trwania stanu gorączkowego wynosił od 2—60 dni, przeważnie 6—10 dni (2 razy 20 dni; raz 32, 40, 53, 60 dni).

Chorzy w czasie spostrzegania klinicznego w 90% mieli gorączkę o torze zwalniającym (remittens) przy dziennych wahaniach 1°—1·5° C. W czasie przybycia do szpitala gorączka znajdowała się na szczycie w 82·5%. Najwyższa ciepłota wynosiła 41·4° C. u 19-letniej dziewczyny, chorej od 48 godzin; przeważnie wynosiła 39·8°—40° C.; rzadko 38° C. (8 razy). W nielicznych przypadkach można było zauważyć w krzywej gorączkowej najpierw zwolna wzmaganie się ciepłoty aż do szczytu, a później zwolna obniżanie się jej. W jednym przypadku (1 m.) bez jakiegokolwiek wykazalnego powikłania w narządach wewnętrznych gorączka utrzymywała się przez 12 dni na wysokości 40·4° C. przy dziennych wahaniach zrazu 1°, a później 1·5° C. W przypadkach niepowikłanych grypy hiszpańskiej gorączka utrzymywała się przeważnie przez 5—6 dni; poza tem stan gorączkowy świadczył o przebiegu nieprawidłowym. W 32 przypadkach (10%) gorączka miała tor ciągły (continua), trwający 3—4 dni i dochodziła do 40°—40·4° C.; przełamywała się nagle w przypadkach ozdrowienia lub też kończyła się śmiercią. Gorączkę o typie przerywanym (intermittens) zauważono tylko 3 razy: w jednym przypadku (u kobiety) w przebiegu powikłania zapaleniem wsierdzia; w jednym przypadku (u kobiety) w przebiegu ogniskowego obustronnego zapalenia płuc i w jednym przypadku u kobiety 22-letniej z rozpoznaniem klinicznem: Meningismus, Pleuropneumonia d. Adynamia cordis. Chora ta przez 45 dni w szpitalu miała gorączkę, z początku o torze zwalniającym przy 40° C., a w ostatnim tygodniu o torze przerywanym.

Skóra na twarzy i tułowiu była w 90·5° silnie zaróżowiona, jednak bez osutki. W 3 tylko przypadkach (0·9%) zauważono obfitą, w części guzkową, w części plamistą osutkę na tułowiu i brzuchu. W jednym przypadku u chłopca 17-letniego osutka plamista była tak rozległa i tak silna, iż wobec znacznej kruchości naczyń (objaw Laede-Rumpel) zachodziło podejrzenie duru plamistego. Dalsze spostrzeganie kliniczne i stały brak odczynu Felix-Weila utrwaliły rozpoznanie grypy hiszpańskiej. W przypadku tym przez kilka dni występowały poty rozpływne. Osutka pojawiała się w 6.—7. dniu choroby. Opryszczka na twarzy i wargach występowała tylko w początkach grypy hiszpańskiej w 7·5%; u jednej kobiety była ona bardzo rozległa, zajmując policzki (herpes buccalis).

Tętno odpowiadało w 50% gorączce; było tylko miękkie i słabo napięte. W 45% widoczny był niestosunek pomiędzy ilością tętna a ciepłotą, gdyż przy ciepłocie 39·5°—40° C. tętno wynosiło 150—160 uderzeń na minutę, a nieraz było niepoliczalne. Zwłaszcza niejednokrotnie zauważono, iż fala tętna, zrazu wcale dobrze napięta, nagle słabła, przyczem nie można się było dopatrzeć naówczas związku przyczynowego z ciepłotą lub ze

zmianami w narządach wewnętrznych. Zjawisku temu towarzyszyła zawsze sinica na twarzy jużto w mniejszym, jużto w większym stopniu. Tylko w 6 przypadkach (1·8%) stwierdzono znaczne zwolnienie tętna, które przy ciepłocie 39·5°—40·2° C. wynosiło 60—80 uderzeń na minutę. Wydarzało się to przy znacznem podrażnieniu opon mózgowych (meningismus).

W 12·5% grypa hiszpańska przebiegała wśród objawów ostrej zakaźnej choroby bez powikłań w narządzie oddechowym.

W 87·5% (280; 45 m. 235 k.) były powikłania ze strony narządu oddechowego, i to zawsze ze strony płuc. Postać płucna — to cecha przebiegu klinicznego tegoczesnej grypy hiszpańskiej. Zmiany w płucach występowały prawie zawsze (88·5%) ogniskowo, a pierwsze ogniska można było stwierdzić zazwyczaj w dolnych i tylnych częściach płuc i to rychlej osłuchiwaniem, niż opukiwaniem. W miejscach zapalenia występowały zmiany osłuchowe w postaci szmerów zaostrzonych i nieoznaczonych, pokrytych licznemi drobnemi rzężeniami. W miarę wytwarzania się liczniejszych ognisk zapalnych i zlewania się ich ze sobą odgłos w temże miejscu stawał się przytłumionobębenkowy, rzadziej czczy, a szmery oddechowe jużto więcej jużto mniej oskrzelowe. W dalszym przebiegu choroby cały płat był zajęty naciekiem wiotkim, gdy w innych częściach płuc występowały zmiany ogniskowe. Niekiedy w przypadkach zajęcia całego płatu przez zlanie się poszczególnych ognisk odgłos na klatce piersiowej przybierał cechy stłumienia masywnego, czczego, przyczem szmery oddechowe były osłabione i z głębi słyszalne o charakterze oskrzelowym, często pokryte rozległemi trzeszczeniami. Naówczas zrazu przypuszczano wysięk opłucny i dopiero nakłucie klatki piersiowej i dalszy przebieg kliniczny rzecz wyjaśniały. Na 280 przypadków zapalenia płuc stwierdzono 184 razy (64·6%) postać ogniskową w obu płucach; 67 razy (35·4%) w jednem tylko płucu, przyczem płuco prawe znacznie częściej było zajęte. W 32 przypadkach (11·4%) zapalenie płuc wystąpiło odrazu płatowo pod postacią zapalenia krupowego, przeważnie w płucu lewem. Należy podnieść, iż w każdym przypadku zapalenia grypowego, czy to w formie ogniskowej, czy płatowej, można było stwierdzić w drobnych oskrzelach liczne rzężenia, przemawiające za nieżytem. Plwociny w przebiegu zapalenia płuc w 10% były ropne z domieszką żyłek lub skrzepów krwi; w 90% stanowiły ciecz gęstą, ropną, ciągnącą się, zielonawą; często były pieniążkowate. W plwocinie pod drobnowidem znajdowały się ciałka ropne, w różnej ilości krwinki czerwone, komórki nabłonkowate, liczne różnorodne bakterye, przeważnie ziarenkowce. Odsetek wyleczonych chorych na zapalenie płuc wynosił 78·1%; zejście śmiertelne nastąpiło w 64 przypadkach (22·8%). Według protokołów sekcyjnych z Zakładu anatomii patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w 38 przypadkach (13·4%) stwierdzono jako przyczynę śmierci zapalenie rozsiane krwotoczne i ropne obustronne płuc, zapalenie ropne oskrzelków i hemolizę; w 11 przypadkach (3·8%) zapalenie obustronne płuc rozsiane krwotoczne krupowe i zapalenie ropne oskrzelków; w 14 przypadkach (4·2%) rozsiane zapalenie krupowe płuc i zapalenie ropne oskrzelków; w jednym przypadku zapalenie krupowe płatowe płuca o wiotkim nacieku. Jak wynika z protokołów sekcyjnych znamienną cechę dla zapaleń powyższych stanowiło występowanie obok siebie wszystkich postaci zapalenia, jak nieżytowego, krupowego, ropnego i krwotocznego. W 12 przypadkach (3 m. 9 k.), t. j. 3·4% zakończonych śmiercią, obok nielicznych ognisk zapalnych nieżytowych w płucach było zapalenie ropne oskrzelków. Zgorzel płuc stwierdzono w jednym przypadku u mężczyzny 60-letniego. Chorował on w domu przez 9 dni i zmarł w szpitalu po dwudniowym pobycie z powodu ogniska zgorzelinowego w płucu prawem i następowego ropniaka opłucnej z odmą.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Ze Szpitala powszechnego w Rzeszowie.

Rana kłuta serca, zeszyta za życia

podał

Dr Roman Hinze.

Dnia 2. III. b. r. przyniesiono do szpitala powszechnego w Rzeszowie mężczyznę lat 28 liczącego, który w zamiarze samobójczym pchnął się nożem szewskim w okolicę serca. Nazajutrz rano o godz. 9., a zatem w 18 godzin mniej więcej od zranienia, przedstawiał się stan rannego, jak następuje. Twarz blada z wyrazem niepokoju i lęku, oczy szeroko rozwarte, czoło lekkim potem okryte, oddech powierzchowny, przerywany jękiem człowieka ciężko rannego. Tętno nieregularne, słabo napięte, 100 do 110 uderzeń na minutę. Tętno to zmieniało się co kilkanaście minut, raz miękło i stawało się tak nieregularne, jak to w przypadkach ciężkich zmian mięśnia sercowego znajdować zwykliśmy, to znów fala jego podnosiła się, stawała się pełniejszą, a nieregularność uderzeń wyrównywała się prawie zupełnie. Zauważyliśmy, że w tych właśnie chwilach, to jest, gdy następowała poprawa w krążeniu, przez ranę w klatce piersiowej wylewała się na zewnątrz skąpa ilość krwi barwy wiśniowej. Rana ta znajdowała się w piątem międzyżebrzu i na szóstem żebrze obok mostka.

Dokładne badanie stłumienia sercowego wykazywało nieznaczne jego rozszerzenie we wszystkich kierunkach. Badanie zaś klatki piersiowej wykazało całkowite stłumienie odgłosu opukowego i zniesienie szmerów oddechowych po całej lewej stronie, z wyjątkiem szczytu płucnego — tak, że można było z wielkiem prawdopodobieństwem przyjąć bardzo znaczny wylew krwawy do lewej jamy opłucnej. Opierając się na opisanych powyżej objawach, przyjęliśmy rozpoznanie: rana klatki piersiowej, połączona z wielkim krwotokiem wewnętrznym, oraz silne podejrzenie obrażenia serca samego. Do przyjęcia obrażenia serca skłoniły nas następujące dane: 1) siedziba rany, 2) rozszerzenie stłumienia sercowego, 3) nieregularne tętno.

Wobec tego rozpoznania przystąpiliśmy do odsłonięcia serca, jako jedynego sposobu ratowania rannego. Operacyę wykonaliśmy w uśpieniu chloroformem, rozpoczęliśmy zaś ją roz-

szerzeniem rany samej i dokładnem zbadaniem źródła krwotoku. Dało nam to możność wyłączenia przyczyny krwotoku z powłok klatki piersiowej, z tętnicy międzyżebrowej lub tętnicy sutkowej wewnętrznej. Rana, jak przekonaliśmy się, przebiegała nie przez samo międzyżebrze piąte, ale przez nasadę chrząstkową szóstego żebra tuż obok mostka. Z powodu ciągłego zalewania pola operacyjnego krwią, z głębi się dobywającą, nie można było określić ściśle źródła krwotoku i dlatego też zdecydowaliśmy się na odsłonięcie serca sposobem Rehna. Po cięciu łukowatem wzdłuż łuku żebrowego, przedzielającem powłoki brzuszne aż do nasady przepony, odsłoniliśmy mostek od dołu i następnie na tępo oddzieliliśmy osierdzie i opłucną lewą od mostka aż do wysokości obojczyków. Po skośnem przecięciu mostka aż do nasady lewego drugiego żebra rozwarliśmy ranę szeroko hakami. Jest to zabieg, nie wymagający ani zbyt wiele czasu, ani też specyalnie skomplikowanego instrumentaryum. Lewa opłucna była na długości dwóch centymetrów przecięta narzędziem samobójczem, przez który to otwór wdarło się powietrze i wylewać się poczęła obficie krew na zewnątrz. U góry rany pochwyciliśmy i z łatwością podwiązaliśmy tryskającą tętnicę sutkową wewnętrzną prawą. Na osierdziu znaleźliśmy małe, zaledwie dostrzegalne nakłucie, oraz kilka powierzchownych wybroczyn. Po uniesieniu osierdzia przecięliśmy je na długości dziesięciu centymetrów. Osierdzie leżało ściśle na sercu, podobnie jak gumowa rękawiczka na ręce. Po uniesieniu serca zauważyliśmy za niem, w głębi worka osierdziowego, kilka skrzepów ciemno zabarwionych, a równocześnie zobaczyliśmy ranę, przebiegającą przez koniuszek serca i obrażającą obie tętnice wieńcowe, tak przednią, jak tylną w ich zakończeniach. Krew w czasie zabiegu nie wypływała z rany serca, jedynie sączyła się, jak to widujemy przy lekkich krwawieniach miąższowych, a przecież ranę tę za powód całego krwotoku przyjąć należało. Jedwabiem i igłami, używanemi do szwu jelitowego, założyliśmy sześć szwów na ranę serca, która miała około trzech centymetrów długości i przebiegała skośnie przez koniuszek serca. Uważaliśmy przy tem, żeby okłuć szwami końcowe rozgałęzienia obrażonych tętnic wieńcowych. Jedynie założenie pierwszego szwu sprawiało pewne trudności, resztę szwów założyliśmy z łatwością, posługując się nieodciętym jedwabiem, jak wędzidłem. Z rany w opłucnej wylewała się płynna krew wiśniowo zabarwiona bez skrzepów w tak znacznej ilości, że zachodziła obawa śmierci z krwotoku podczas operacyi. Ażeby przekonać się, czy krwotok nie pochodzi równocześnie z obrażenia lewego płuca, rozszerzyliśmy ranę w opłucnej do długości sześciu centymetrów. Wylew krwi był wprost zatrważający, ocenialiśmy jej ilość podczas operacyi na dwa litry. Płuco nie okazywało żadnych obrażeń. Zeszycie rany, z pozostawieniem otworu, przez który przeprowadzono gazę do opłucnej, zakończyło zabieg, który w całości trwał 15 minut.

Chory po zastosowaniu środków skrzepiających miał się po operacyi podobnie, jak i przed nią. Bladość twarzy i powłok nie ustępowała, tętno było zmienne, nieregularne, wynosiło 120 uderzeń na minutę. Oddech był nieco utrudniony. Chory skarżył się na mierne bole w ranie, przytomność miał do końca życia dobrze zachowaną i stale prosił o wszystkie zabiegi w celu uratowania go. Zmarł w dwadzieścia cztery godziny po operacyi.

Na świeżych zwłokach dokonaliśmy częściowej autopsyi. Znaleźliśmy w osierdziu bardzo małą ilość krwi płynnej i owe skrzepy za sercem, o których już była mowa, oraz ranę serca zeszytą dokładnie. W jamie opłucnej po usunięciu kompresów krwi nie było. Płuco lewe nie obrażone, zapadnięte było do wysokości trzeciego żebra. W szczycie płuca i z boku — dawne zrosty. Zwłoki silnie wykrwawione, blade, krew wodnista. W przypadku tym nie ulega żadnej wątpliwości, że cały krwotok pochodził z rany serca, a mianowicie z przeciętych obu tętnic wieńcowych. Krew wylewała się przez otwór w osierdziu i w opłucnej do lewej jamy opłucnej, gdzie też zebrała się w ilości dochodzącej do trzech litrów.

Rannego tego można było uratować wykonaniem zabiegu natychmiast po wypadku, a nawet groźny stan jego podczas zabiegu nie mógł stanowić przeciwwskazania do operacyi.

Z oddziału zakaźnego Szpitala powszechnego we Lwowie.
Prym. Dr W. Arnold.

Grypa hiszpańska jako powikłanie płonicy

podała

Dr Marya Fijałkowska-Strzelecka,
lekarka oddziału chorób zakaźnych lwowskiego Szpitala powszechnego.

(Dokończenie).

Przebieg grypy u innych chorych tej grupy nie przedstawia nic szczególnego; to tylko można było zauważyć, że grypa tem dłużej trwała, im wcześniej przyłączyła się do płonicy i im cięższy był przebieg płonicy.

Wpływ ten bardziej się jeszcze uwydatnia u chorych w trzeciej grupie, t. j. u takich, u których grypa przyłączyła się w 4. 5. lub 6. tygodniu płonicy. Chorych tej grupy mieliśmy najwięcej — przeszło 30; dziewcząt 2 razy więcej, niż chłopców. Przypadków śmierci nie było. Do ciekawych należał przypadek u 6-letniej dziewczynki M. R., gdzie do objawów grypy (powstałej w końcu 4. tygodnia nadzwyczaj lekko przebiegającej płonicy) dołączyło się przy ciepłocie 41·1⁰ krwawe zapalenie nerek bez obrzęków; trwało ono 2 tygodnie, poczem przeszło bez śladu.

Przykład ciężko przebiegającej grypy, chociaż już w okresie zdrowienia, lecz po bardzo ciężkiej płonicy, mieliśmy u 9-letniego chłopca, J. S. Grypa przyłączyła się w 6. tygodniu choroby; przybrała ona groźną postać obustronnego zrazikowego zapalenia płuc, którego objawy ustąpiły zaledwie po 3 tygodniach; chory powoli powrócił do zdrowia i opuścił oddział po 11 tygodniach.

Dłużej jeszcze, bo koło miesiąca, trwała grypa u 6-letniego chłopca A. B., u którego pojawiła się w okresie zdrowienia po bardzo ciężkiej płonicy, powikłanej ropniem lewego gruczołu podszczękowego i obustronnem ropieniem z uszu. U chorego tego wystąpiło bardzo wyraźne stłumienie pod lewym obojczykiem, dochodzące do granic serca, przyczem i szmery oddechowe były wyraźnie osłabione; stłumienie to w przeciągu kilku dni prawie znikło. Chory po 10-tygodniowym pobycie w szpitalu, jeszcze ogromnie osłabiony, jednak bez gorączki, został zabrany do domu.

U innego chorego, 7-letniego E. B., grypa, pomimo że się przyłączyła po bardzo ciężko przebytej płonicy, jednak w okresie już zupełnego prawie wyzdrowienia, miała też przebieg bardzo lekki: chory ten w ciągu 6 dni był senny, smutny, ciepłota dzień jeden była powyżej 39°, kaszel trochę męczący, jednak to wszystko przeszło szybko bezpowrotnie.

Z innych przypadków mamy 7 takich, gdzie grypa przyłączyła się do płonicy po przebytem już lub też prawie przebytem zapaleniu nerek. Grypa trwała 3—8 dni, wywołując znowu krótkotrwałe obostrzenie zapalenia nerek, poczem następował powrót do zdrowia.

U reszty chorych z tej grupy przebiegała płonica lekko, a więc i grypa, przyłączywszy się w okresie zdrowienia po lekko przebytej płonicy, nie wpłynęła ujemnie na stan zdrowia, a dzieci, po krótkotrwałym okresie gorączki w połączeniu z suchym przeważnie kaszlem, szybko powracały do zdrowia.

Z powyższego widać, że grypa oprócz zwykłej sprawy kataralnej ze znamiennem przekrwieniem białkówek oczu, wywoływała dość często zmiany zapalne w głębszych drogach oddechowych i w samej tkance płucnej. Przypadki takie odznaczały się nader wysokim odsetkiem śmiertelności, zwłaszcza gdy grypa przyłączała się do okresu gorączkowego płonicy (przeszło 82% śmiertelności); oprócz tego doprowadziła grypa w kilku przypadkach do śmierci z powodu nadzwyczaj szybkiego wyczerpania czynności serca. Przejawiła się też grypa w rzadszych postaciach z objawami n. p. ostrej psychozy, lub z przewagą postaci gośćcowatej (reumatycznej), z bolami w mięśniach prostych brzucha, z łudzącymi pozorami błonicy, a także z rozmaitego rodzaju osutką (nakształt płonicy, pokrzywki, opryszczek). Mieliśmy też przypadki powtórnego zapadnięcia na grypę, o lekkim jednak przebiegu.

Przebieg grypy w połączeniu z płonicą przedstawiał wogóle tę osobliwość, że był on tem cięższy, im wcześniej grypa przyłączyła się do płonicy; na długość trwania grypy wpływał także przebieg płonicy, wywołując przedłużenie przy ciężko przebiegającej płonicy. Gdzie zaś grypa przyłączyła się w okresie wyzdrowienia po lekko przebytej płonicy, tam przebieg jej był bardzo lekki.

Przypadków śmiertelnych było 15; z tych aż 14 u chorych w I grupie, a jeden w II grupie, w III zaś grupie przypadków śmiertelnych nie było zupełnie. Wogóle jednak grypa w połączeniu z płonicą dała ogromny odsetek śmiertelności, gdyż przeszło 24%; można to wytłumaczyć wzajemnem ujemnem działaniem obydwu tych chorób na siebie, gdyż ani sama grypa, ani też płonica (do połowy września śmiertelność z płonicy wynosiła zaledwie 5·5%) tak wysokiego odsetka nie daje.

Piśmiennictwo. Przegląd lek. 1918. Nr 40. i dalsze i 1919 Nr 2. — Münch. m. W. 1918. Nr 30, 32, 33, 34, 40 i 41. — Wiener kl. W. 1918. Nr 22, 36, 41, 42, 43, 48 i 49.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Prof. Dr Witold Orłowski z Kazania mianowany został profesorem zwyczajnym medycyny wewnętrznej.

— Dziekanem Wydziału lekarskiego na r. 1919/20 został wybrany prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

— Okręgowy Urząd lekarski wprowadził jako obowiązujące także w b. zaborze austryackim rozporządzenie Ministerstwa zdrowia publ. z d. 8. IV. 1919, ustanawiające cenę 2 koron dla ubogich za następujące lekarstwa: 1) Acidi acetylosalicylici 0·5, dos. Nr XII. — 2) Chinini sulf. 0·3, dos. Nr X.— 3) Liq. Vlemmingx 50. — 4) Inf. fol. digitalis titr. e temp. e 0·5 (lub 1·0) ad. 200. — 5) Gutt. Inoziemcoff. 5. — 6) Codeini phosph. 0·2, Aq. destill. 12. — 7) Liq. Pearsoni 5·0, Trae ferri pom. 10. — 8) Kalii sulfoguajacol. 0·5. Dos. Nr X., — a cenę 1 korony za następujące lekarstwa: 1) Natr. sulf. 10, Natr. bicarb. 5, Natr. chlorati 3. — 2) Opii puri 0·015, Sacchari albi 0·3. Dos. Nr 60. — 3) Acid. borici 1, Vaselini 10. — 4) Zinci sulf. 0·12, Aq. dest. 30. — 5) Morph. muriat. 0·01, Sacch. albi 0·2. Dos. Nr X. — Lekarstwa te po tych cenach będą wydawane, jeśli lekarz na recepcie dopisze: »ph. oeconomica«. Należy też podać nazwisko i adres chorego. Lekarze mają wydawać takie recepty tylko istotnie ubogim i zarejestrowanym bezrobotnym.

— Dyplom doktora wszech nauk lekarskich uzyskał p. Marceli Rosen, rodem z Węgrowa.

Lwów. Dr Franciszek Groer, asystent Uniwersytetu wiedeńskiego, został mianowany nadzwyczajnym profesorem pedyatryi.

Warszawa. Do Rady lekarskiej przy Ministeryum zdrowia publicznego zostali zaproszeni Dr Jan Bączkiewicz i Józef Polak z Warszawy, Franciszek Chłapowski, Stanisław Łazarewicz i Walenty Panieński z Poznania. (Gazeta lek. Nr 25).

— Towarzystwo higieniczne warszawskie miało w r. 1918 (wedle sprawozdania, ogłoszonego w Nr 5. »Zdrowia«) 399 członków. Dochody Towarzystwa wynosiły 44.022 marek, bilans zamknięto kwotą 332.099 marek. W ogrodach im. Raua było 851.668 uczęszczań, a wydano pożywienia za 10.040 mk.; wpływy i wydatki ogrodów wynosiły 62.397 mk., bilans zamknięto kwotą 685.296 mk. W Instytucie im. Lenvala wydano 4692 kąpieli, udzielono 7417 porad lekarskich, 6151 lekarstw, 2544 puszek mleka kondensowanego; wydatki i wpływy 60199 mk., bilans 286521 mk. W sanatoryum w Rudce w r. 1917 leczyło się 168 osób, za r. 1918 będzie sprawozdanie lekarskie później ogłoszone; sanatoryum ma niedobór 80.134 mk., bilans 1,246.851 mk. Wielką stratą jest dla sanatoryum śmierć Dr Stanisława Gałeckiego, który kierował niem od założenia, przez lat 10.

— Lekarze miejskich szpitali warszawskich zrzekli się na rzecz skarbu narodowego odszkodowań wojennych, przyznanych im przez Magistrat.

Zmarli: Dr Włodzimierz Szczepański, st. lekarz powiatowy w Jaśle w 55. r. ż.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w czerwcu 1919:

Gazeta lekarska Nr 24.—26. Orzechowski: Studya kliniczne z zakresu chorób mięśniowych (24). — Simchowicz: O formule starczej kory mózgowej (24). — Ciechomski: Przyczynek do kazuistyki śluzaka wrzekomego otrzewnej, pochodzącego z wyrostka robaczkowego (25—26). — Jonscher: Kilka uwag w sprawie t. zw. wskaźnika odżywiania Pirqueta (25). — Jaworski J.: O obecnych stosunkach i sprawach lekarskich w Wielkopolsce (25—26). — Krzypow: Modyfikacya metody Spalteholza prześwietlania jam i kanałów kostnych (26).

Zdrowie Zesz. 5.: Lewicki: W sprawie reformy naszego zdrojownictwa.

Kronika dentystyczna Nr 5.—6.: Gogolewski: O leczeniu procesów miejscowo-zakaźnych w jamie ustnej metodą Pfannstilla.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.